# さいたま赤十字病院

# **セカンドオピニオン外来申込書**

**必ず医療機関から診療情報提供書**と共にFAXして下さい。

**FAX番号 048-852-1132（24時間受信可）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本情報 | | | | | | | | |
| フリガナ | （ 男 ・ 女 ） | | 年齢 | 歳 | | | | |
| 患者氏名 | 生年月日 |  | | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 | ①　　　　　　　　　　　　　　　　）  ② |  | | |  | | | |
| 患者本人の来院の有無 | □　あり  □　なし　（患者ご本人が来院できない場合は下記の相談者氏名をご記入ください） | | | | | | | |
| 相談者氏名  （ご家族のみ  の場合） | 患者さんとの続柄（ ） | | | | | | | |
| 当院受診歴の  有無 | □　あり　（診察券番号：　　　　　　　　　　　）  □　なし | | | | | | | |
| 希望診療科 |  | | | | | | | |
| 受診不可日 | （月/日　複数可） | | | | | | | |
| 紹介元医療機関情報 | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | |
| 連絡先TEL | 内線（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 回答先ＦＡＸ |  | | | | | | | |
| 担当医 | （診療科・医師名） | | | | | | | |

予約日を確定後、受付日より原則３診療日以内にFAXで返信いたします。

（夜間・土日祝日に送信いただいた場合は翌診療日に受付を行います。）

※患者さんに確認のうえ、お申し込みください。相談内容に対する専門医が当院に不在等の理由により、相談をお受けできない場合もありますのでご了承下さい。